MAR 29 1921

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Taubstummheit und Psyche.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Schulze,

Arzt aus Berlin-Lichterfelde.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Taubstummheit und Psyche.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Schulze,

Arzt aus Berlin-Lichterfelde.

Kiel 1917.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 49.

Rektoratsjahr 1917/18.

Ref.: Geheimrat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. **Spee,**

z. Z. Dekan.

Daß besondere Beziehungen bestehen zwischen dem Gehörsinn und der Psyche, ist in den letzten Jahrzehnten zu einer unumstößlichen Wahrheit geworden. Nachdrücklich gefördert wurde diese Annahme zuerst um die Mitte der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts in Frankreich, wo sich Forscher wie Voisin und Baillarger eingehend mit dieser Frage beschäftigten. In Deutschland sind unter den ersten zu nennen Koeppe, Schwartze, v. Troelsch, Fürstner und Moos. Um zu einer Übersicht über die mannigfachen Beziehungen zwischen Gehörsinn und Hirnfunktion zu kommen, ist es von Wert, eine Einteilung nach dem Lebensalter vorzunehmen. Der erste Abschnitt ist von den allerersten Anfängen der Entwicklung bis zur Ausstoßung der Frucht zu rechnen, der zweite bis zum 6. oder 7. Lebensjahre, und der dritte vom 7. Lebensjahre an. Warum sich diese Einteilung empfiehlt, soll im Folgenden näher begründet werden. Vorausschicken möchte ich, daß ich im allgemeinen unter den Gehörsstörungen diejenigen meiner Abhandlung zu Grunde gelegt habe, welche die praktische Verwendbarkeit des Hörorgans stark beeinträchtigen oder unmöglich machen.

Die regelrechte Funktion des ausgewachsenen Gehirns eines normalen Menschen ist abhängig von den sinnlichen Wahrnehmungen während der extrauterinen Entwicklungsperiode. Diese sinnlichen Wahrnehmungen bilden die Grund-

lage aller geistigen Entwicklung. So wie die Muskulatur durch den ausgesprochenen Bewegungstrieb des Kindes fortgesetzt gekräftigt und gestärkt wird, um so den späteren Anforderungen gerecht werden zu können, wie der Knochen erst durch Druck und Zug seine geeignetste Struktur erhält, so wird auch das Gehirn erst zum Sitz eines Geisteslebens durch die fortgesetzte Verarbeitung aller durch unsere fünf Sinne aufgenommenen Eindrücke. Hierbei spielt das Gedächtnis eine große Rolle, wodurch zeitlich auseinanderliegende Eindrücke miteinander verglichen werden, sich zu Begriffen zusammenschließen und als Sprache zur Äußerung kommen. Unter den fünf Sinnen ist in dieser Beziehung nächst dem Gesicht das Gehör sicher der wichtigste. Störungen des Gehörs haben nicht nur auf die Entwicklung der Sprache, sondern auf die ganze geistige Entwicklung des Kindes einen grundlegenden Einfluß. Die reichhaltigen Beziehungen zwischen dem Kinde und seiner weiteren und näheren Umgebung werden auf das Empfindlichste gestört, und, wie der Muskel bei dauernder Ruhe allmählich atrophiert und unfähig wird, Arbeit zu leisten, so ist auch die Entwicklung der vielseitigen Hirnfunktion durch das geschädigte Gehör schwer gefährdet. Welche Beziehungen bestehen in den oben erwähnten 3 Lebensabschnitten zwischen Gehörsinn und Psyche, und worin liegen die Unterschiede, welche die 3 Abschnitte als solche auszeichnen?

Für die Zeit vom 7. Jahre etwa an läßt sich Folgendes feststellen. Nach Ostmann zieht der Verlust des Gehörs nach dem 6. bis 7. Lebensjahre nicht mehr den Verlust der Sprache nach sich. Dieser Umstand ist dahin zu deuten, daß die geistige Entwicklung bis zu dem Punkt gediehen ist, wo sie nicht mehr unbedingt neuer, durch das Ohr aufzunehmender Eindrücke bedarf, sondern das bisher im Gehirn gesammelte Material an Eindrücken genügt, um dem Gehirn durch Verarbeitung dieser zusammen mit der vielleicht ausgleichend gesteigerten Aufnahmefähigkeit der übrigen Sinne die notwendige Übung zu sichern. Da also das Gehirn in seiner für das Durchschnittsleben notwendigen Ausbildung nicht grundlegend gehindert ist, so läßt sich daraus

schließen, daß bei Personen über 7 Jahren die Gefahr einer psychischen Erkrankung eine ziemlich geringe ist. Größer wird sie, wenn zugleich mit der Gehörschädigung eine in irgend einer Weise veränderte Psyche zusammentrifft. So sagt Ostmann in seiner Ohrenheilkunde: »Bei nervös übererreizten Personen, wie insbesondere bei Hysterischen, kann die psychische Einwirkung akustischer Sinnesreize schon eine sehr viel ausgeprägtere sein. Eine sehr empfindsame Dame verfiel in Tobsucht, nachdem sie 2 Tage das Tosen eines Wasserfalls von ihrem Zimmer aus gehört hatte (Obersteiner), und bei Hysterischen wurden durch die Einwirkung der verschiedensten keineswegs immer intensiven Geräusche und durch Stimmgabeltöne unangenehme Sensationen der verschiedensten Art, hypnotischer Schlaf und Erregungszustände ausgelöst.« Es muß also bei älteren Personen in den meisten Fällen eine angeborene oder erworbene Disposition des Gehirns vorhanden sein, damit eine Schädigung des Gehörorgans eine Psychose auslösen kann. Bei sonst vollwertig ausgerüsteten älteren Menschen wird der Verlust des Gehörs oder sonstiger Störungen am Gehörapparat kaum zu einer ausgesprochenen Psychose führen. Wohl kann es zu auffallenden Charakterveränderungen kommen. Ein vorher liebenswürdiger und umgänglicher Mensch kann mißtrauisch und verschlossen werden, sodaß er für seine Umgebung eine rechte Last sein kann. Dadurch aber, daß er von seinem Gehörsinn weit über die Entwicklungsjahre hinaus hat Gebrauch machen können, hat er eine genügende Menge von Eindrücken gesammelt, um auch nach Verlust des Gehörs mit ihnen die schon eingefahrenen Gedankenläufe frisch zu erhalten. Charakteristisch scheint mir nur bei Erwachsenen der Einfluß von Ohrgeräuschen. Die wichtigste und wohl auch häufigste Vermittlung zwischen einer Ohrerkrankung und nachfolgender Psychose wird durch sie in diesem Lebensabschnitt gegeben. Es ist genugsam bekannt, wie sehr Ohrgeräusche schon psychisch nicht belastete Personen in ihrem Wohlbefinden und ihrer Schaffensfreudigkeit beeinträchtigen können, und daß sie sehr häufig das Symptom bilden, um dessen Beseitigung der Kranke in erster Linie den Arzt an-

geht, weil es ihn der geistigen Erkrankung nahe bringe. Wie bedeutungsvoll die subjektiven Ohrgeräusche für die Entstehung und besondere Gestaltung von Psychosen sein können, läßt sich auch an der Hand statistischer Angaben nachweisen. Koeppe stellte fest, daß von 31 Fällen von Ohr- und gleichzeitig Geisteskranken 20 an geringeren oder stärkeren Ohrgeräuschen litten und daß diese 20 sämtlich Gehörsillusionen resp. Halluzinationen hatten. Von 66 weiteren Kranken hatten noch 26 erhebliche subjektive Ohrgeräusche.

Anders liegen die Verhältnisse in den Jahren unter 6—7. In dieser Zeit spielen Ohrgeräusche eine geringe Rolle, da sie meist erst im Verlauf des Lebens erworben werden. Andrerseits ist aber der Verlust oder die Einschränkung des Gehörsinns auf das sich entwickelnde und in seiner Funktion sich ausbildende Gehirn, wie oben gesagt, von besonderer Bedeutung. Die Störungen des Gehörs vom 1. bis zum 7. Jahre können angeborene und erworbene sein. Das Hörvermögen des Neugeborenen ist sehr gering, da die Hörkanäle noch durch sulzige Massen verengt und verstopft sind. Bei Neugeborenen entspricht das Hörvermögen ungefähr einer Konversationssprache beim Erwachsenen auf ein bis zwei Meter. Außerdem stellt das Trommelfell zu der Zeit noch nicht die zarte, leicht schwingende Membran vor wie beim Erwachsenen. Auf Schalleindrücke reagiert ein Neugeborenes frühestens am 4. Tage (Preyer). Bevor der werdende Mensch fähig wird, Schalleindrücke als solche in seinem Hirn zu registrieren, fällt natürlich jene Beziehung zwischen Gehör und Psyche fort, welche auf der spezifischen Funktion des ersteren beruht, dafür tritt eine andere, interessante Beziehung auf, welche auf den Zusammenhang von Entwicklungsstörungen des Ohres, besonders inneren Ohres, mit Mißbildungen des Gehirns beruht. Doch möchte ich erst eingehen auf die Zeit zwischen 1. und 7. Jahr. Dort finden sich Fälle, deren Gehörstörung schon im Uterus festgelegt wurde, auf welche ich weiter unten eingehen werde, da sie ja eigentlich in den intrauterinen Zeitabschnitt gehören. 2. finden sich Fälle, die durch Erkrankungen ihre Hörfähigkeit mehr oder weniger ein-

büßten. Hier sind an erster Stelle zu nennen die Labyrinthentzündungen, welche am häufigsten primär oder sekundär über dem Wege des Mittelohrs im Verlauf chronischer oder akuter Infektionskrankheiten entstehen und zu bleibenden, die Hörfähigkeit ganz oder größtenteils vernichtenden Labyrinthveränderungen führen. Neben dieser Form der erworbenen Hörstörungen kommen Veränderungen im Hörnervenstamm und zentrale Störungen in Betracht, die noch einer eingehenden Aufklärung bedürfen. Von anderen Allgemeinerkrankungen wären noch zu nennen Diabetes, Rachitis, welche gelegentlich zu größeren Gehörstörungen Veranlassung geben. Traumen spielen in der Ätiologie der erworbenen Taubheit eine untergeordnete Rolle. Tritt in dem eben behandelten Zeitabschnitt eine Schädigung des Gehörs im obigen Sinne ein und ist die Folge die, daß der Gehörsinn nicht mehr praktisch für die betreffende Person verwendbar ist, dann geht meist das bis dahin erworbene Sprachvermögen wieder verloren und der Taube wird stumm. Die für eine gesunde Entwicklung der Psyche notwendige Wechselwirkung zwischen Gehör, Gehirn und Sprache ist gestört und auf diesem Boden kann nun leicht eine Psychose Platz greifen.

Es bleibt noch übrig, die Verhältnisse bis zur Ausstoßung der Frucht zu untersuchen. Auch hier finden wir angeborene und erworbene Störungen. In der Ätiologie der erworbenen, intrauterinen Störungen ist an erster Stelle die Syphilis zu nennen. Die intrauterin erworbene syphilitische Infektion kann noch bis zum 3. Jahre zur Erkrankung des Gehörorgans führen. Die für uns wichtigste Form ist die Otitis interna, welche fast ausschließlich doppelseitig und gleichzeitig auftritt. Nach Gradenigo scheint das weibliche Geschlecht bevorzugt zu sein. Fast immer führt die Erkrankung zu bleibender Schwerhörigkeit oder Taubheit. Pathologisch-anatomisch sind diese Veränderungen im inneren Ohr noch nicht genügend aufgeklärt. Eine sehr beachtenswerte Rolle spielt der Alkohol, wohl aber nur in indirekter Weise, indem er degenerierend auf die Erzeuger wirkt. Diese Form der Schädigung leitet über zu den angeborenen

Hörstörungen. Ostmann äußert sich hierüber folgendermaßen: »Bei der Entstehung der angeborenen Taubheit spielen erbliche Einflüsse eine bedeutsame Rolle, aber nicht in dem Sinne, daß aus Ehen Taubstummer wieder besonders häufig taubstumme Kinder hervorgehen, also sich die Taubheit von Generation zu Generation fortpflanzte, sondern in dem Sinne, daß unter den Blutsverwandten taubgeborener Kinder, insbesondere unter den Geschwistern sich relativ häufig noch weitere taubstumme Personen finden (Mygind). In größeren Taubstummenanstalten findet man nicht ganz wenig taubgeborene Geschwisterpaare, selbst 3 und 4 Kinder derselben Familie habe ich im Laufe der Jahre durch dieselbe Anstalt gehen sehen. Bei dieser Art der Vererbung scheint die Blutsverwandtschaft der Eltern eine sehr wichtige Rolle zu spielen, denn konsanguiner Ursprung kann weit häufiger bei Taubgeborenen als bei Taubstummen im allgemeinen nachgewiesen werden, und in konsanguinen Ehen finden sich sowohl absolut als besonders relativ mehr taubstumme Kinder als in gekreuzten Ehen (Mygind). Im übrigen wissen wir sehr wenig über die Einflüsse, welche zur angeborenen Taubheit Veranlassung geben.« Hammerschlag hat Zuchtversuche mit stets hereditär-degenerativ tauben, japanischen Tanzmäusen und albinotischen, weißen Laufmäusen angestellt. Die Mendelsche Vererbungsregel in ihren Zahlenverhältnissen wird durch diese Versuche glänzend bestätigt. Nach seiner Ansicht sind die Mendelschen Regeln auch für den Menschen gültig bei der hereditären Taubheit. Napier Pearn berichtet vom Stammbaum eines degenerierten Taubstummen, welcher sich bis zum Jahre 1729 mütterlicherseits verfolgen läßt. Die Taubstummheit ist erst in der Urgroßelternfamilie aufgetreten, hat dann die großelterliche Linie verschont, ist dann wieder in der elterlichen und geschwisterlichen Linie mehrfach aufgetreten. Interesse beansprucht auch ein Fall von Skrowacsavski. Bei einem Mädchen stellte sich in der Zeit der Pubertät eine Schwerhörigkeit ein, die sich bei einer Funktionsprüfung als Erkrankung des schallpercipierenden Apparates herausstellte. Die Mutter des Vaters und ein Bruder der

Mutter waren kongenital taub. Der Vater hatte geringe Hörreste. Bei der Patientin ist die labyrinthäre Schwerhörigkeit offenbar nichts anderes, als ein geringer Grad desjenigen congenitalen Defekts, der in voller Ausbildung zur Taubheit des Vaters bezw. der Mutter geführt hat. Durch diesen Fall wäre erwiesen, daß congenitale Taubheit der Eltern zu einer hereditären labyrinthären Schwerhörigkeit des Kindes führen kann. Anatomisch finden sich bei angeborener Taubheit in den allermeisten Fällen Mißbildungen des Gehörapparates, welche einesteils, soweit sie das häutige Labyrinth betreffen, so fein in ihrer Art sein können, daß sie makroskopisch leicht einem bei der Sektion entgehen. Je gröber und sinnfälliger aber die Mißbildung des Labyrinths ist, um so eher finden sich auch Störungen der übrigen das Gehörorgan bildenden Teile und Veränderungen des Gehirns, welche sich in ähnlicher Weise bei der Imbecillität und Idiotie finden. Man kann in diesen Fällen natürlich nicht mehr in der Taubheit die Ursache des geistigen Defekts sehen. In solchen Fällen laufen beide Veränderungen nebeneinander her. Von Interesse ist es, festzustellen, daß etwas über ein Drittel aller Taubstummen taub geboren ist und daß die Taubgeborenen im allgemeinen eher einige Hörreste aufweisen als die Taubgewordenen, was wichtig ist für ihre geistige Entwicklung. Wenn man die drei Teile des Ohrs, äußeres, mittleres und inneres Ohr, daraufhin betrachtet, ob sich etwa aus schwereren oder leichteren, für uns sichtbaren Ohrmißbildungen auf ähnliche Defekte im inneren Ohr schließen läßt, die Taubheit zur Folge haben könnten, so läßt sich darüber Folgendes sagen: Bildungsanomalien in der äußeren Ohrmuschel sind ganz unabhängig von der Beschaffenheit des inneren Ohres, insbesondere des häutigen Labyrinths. Auch bei congenitaler Gehörgangsatresie und defekter Entwicklung der Mittelohrräume ist in der großen Mehrzahl der Fälle das innere Ohr normal entwickelt und nimmt somit an der Mißbildung nur sehr selten teil. Nur wenn neben der Ohrmißbildung schwere, congenitale Deformitäten des ganzen Körpers, vor allem aber des Kopfes und des Gehirns bestehen, finden sich neben der Atresie auch con-

genitale Defekte des Labyrinths und des Hörnerven. Diese Fälle kommen aber meist als Frühgeburten zur Welt und sind nicht lebensfähig. Bei der angeborenen Taubheit finden sich dagegen Entwicklungsstörungen fast nur im Labyrinth, Veränderungen am äußeren und mittleren Ohr fehlen meist. Defekte Entwicklung sämtlicher drei Ohrteile ist eine große Seltenheit.

Bevor ich auf die Art der psychischen Erankungsformen eingehe, welche durch Gehörsschädigungen erzeugt werden, möchte ich das bisher Gesagte noch einmal kurz zusammenfassen. Nach dem 7. Jahre spielen Gehörstörungen für psychische Erkrankungen nur eine geringe Rolle wegen der schon im ganzen vollendeten funktionellen Ausbildung des Gehirns. Das 1. bis 7. Lebensjahr ist charakterisiert durch den nach erworbener Taubheit eintretenden Verlust der bis dahin durch die Sprache erreichten Ausdrucksmöglichkeit. Aber immerhin ist für einige Zeit die Wechselwirkung zwischen Ohr, Gehirn und Sprache in Tätigkeit gewesen, was diese Fälle günstiger beurteilen läßt. Diejenigen, welche mit schwerer Gehörstörung in diese Gruppe eintreten, gehören streng genommen in den Abschnitt vor das erste Lebensjahr. Hier ist zu unterscheiden zwischen Personen, bei denen der Defekt nur im Gehörorgan liegt und die infolge des fehlenden Gehörs extrauterin psychisch geschädigt werden und Personen, welche neben der Gehörsschädigung auch eine parallel laufende Schädigung des Gehirns in der Hauptsache auf entwicklungsgeschichtlicher oder hereditärer Basis davongetragen haben und schon infolge dieser psychisch sich abnorm entwickeln. Kurz: Je weiter die Gehörschädigung mit dem Erfolg der praktischen Taubheit in der Entwicklung eines Individuums zurückliegt, um so größer sind die Gefahren psychischer Erkrankung.

Unter diesen kommen so ziemlich alle vor, doch lassen sich auch hier einige Besonderheiten feststellen. Auffallend ist das häufige Zusammentreffen von Imbezillität bezw. Idiotie mit Taubstummheit. Es liegt daran, daß die Imbezillität und Idiotie mehr oder weniger die gleiche Ursache haben wie die Taubstummheit. Man kann in diesen Fällen eigent-

lich nicht davon sprechen, daß der Gehördefekt die psychische Erkrankung ausgelöst hat. Wohl aber kann der Defekt die psychische Veränderung steigern. Ebeling spricht sich in seiner Arbeit über die Lehre von den Psychosen bei Taubstummen dahin aus: »In der Regel findet sich als Grundlage für das Zusammenvorkommen von Taubstummheit und Imbezillität hereditäre Anlage, sei es, daß in der direkten oder indirekten Verwandtschaft ähnliche Erkrankungen vorgekommen sind, oder daß die Vorfahren an degenerierenden Krankheiten gelitten haben Unter diesen spielen Syphilis und Alkoholismus eine große Rolle, sowohl hinsichtlich der Taubstummheit als der Imbezillität bezw. Idiotie.« Wichtig ist bei der Beurteilung Taubstummer der Grad des Intelligenzdefektes, der eben entsteht durch die fehlenden Gehöreindrücke in Verbindung mit mangelnder Sprache. Bei Taubstummen ist die Kritik, welche der gesunde Mensch an seinen eigenen Handlungen nimmt, oft beträchtlich herabgesetzt. Man findet Trinker unter ihnen, manche verfallen der gewerbsmäßigen Unzucht, gewalttätige Handlungen, Kindesmord können im Leben eines Taubstummen eine Rolle spielen. Interessant sind in dieser Hinsicht Versuche von Lindner, welche sich auf die moralpsychologische Auswertung freier Kinderzeichnungen von taubstummen Kindern beziehen: »Taubstumme Kinder sind reiner, unverfälschter in ihrem Handeln, als Hörende, Kinder der Natur. Solange die Umwelt nicht mit ihnen zu reden vermag, ihnen unsere Gewohnheiten, Sitten und Gebräuche nicht erklären kann, bleibt es bei ihnen bei mechanischen, nachgeahmten Handlungen, die das Innere des Kindes nicht tief treffen und bilden können. Das taubstumme Kind zeigt den Zustand des natürlichen Menschen im Empfinden und Wollen. Ihre Gefühle, das Sittliche in ihnen, das, wie sie handeln möchten und handeln würden ohne allen Zwang, ihre ethischen Maße, sie lernt man recht gut aus ihren freien Zeichnungen kennen. Sie wählten aus dem ihrer Nachahmung gebotenen Material folgendermaßen aus, was auf das, was ihnen zusagte und ihrer Entwicklungsstufe entspricht, ein helles Licht wirft. Es wurden in einem Jahre 64 solcher

Geschichten in Bildern gesammelt. Sie stammen aus einer Klasse von 10 taubstummen, gut befähigten Schülern des 4. Schuljahres, im Alter von 10 Jahren:

8 Bilder mit gleichgültigem Inhalt,
29 mit tötlichem Ausgang,
15 mit Stürzen und Fallen,
3 Diebstähle,
1 Arretierung,
5 Ulkgeschichten,
1 Überraschung mit einem Blumenstrauß,
2 zusammenhanglose.

Der Schädigung der Intelligenz und Kritik, denen Taubstumme, sonst von der Natur gut ausgestattet, ausgesetzt sind, läßt sich durch geeignete Behandlung im Rahmen einer Anstalt oder durch entsprechende Leitung mit gutem Erfolge entgegenarbeiten. Ein hervorragendes Beispiel hierfür bietet Helen Keller, welche durch die sorgfältige Leitung einer Lehrerin zu einer ausgezeichneten Durchbildung ihrer Geisteskräfte gelangte. Aber oft tritt ein Rückschlag ein, wenn der Kranke auf Grund seiner guten Entwickelung aus der auf seinen Defekt eingestellten Anstalt entlassen wird. Er ist dann doch in dem rücksichtslosen Kampf um das Dasein seinen Mitmenschen gegenüber so benachteiligt, daß er bald in das Hintertreffen gerät. Er wird roh und lieblos behandelt und von gewissenlosen Leuten ausgenutzt. Daß derartiges das Gemüt sonst gesunder Taubstummer nachhaltig ungünstig beeinflußt, ist klar. Auf diese Weise werden sonst gutmütige Menschen von den Gefühlen des Zornes, des Hasses und der Rache erfüllt und lassen sich von diesen zu schweren Vergehen hinreißen. Es kann zu intensiven Verstimmungszuständen kommen, zu Erregungszuständen, blindem Zerstörungstrieb und Selbstanklagen. Auch Wahnvorstellungen können eine große Bedeutung gewinnen. Es ist daher erwünscht, daß solche Individuen, soweit die häuslichen Verhältnisse eine geeignete Pflege nicht gestatten, möglichst dauernd ihr Leben in dem Schutz einer Anstalt führen, so können sie in vielen Fällen nützliche Mitglieder der Gesellschaft sein. Beachtung verdient, was Hegar über

Zeugenaussagen Taubstummer sagt: »Vernehmungen von Taubstummen ohne Dolmetscher sind wertlos und gefährlich. Die Prüfung der rein intellektuellen Funktion tritt in den Vordergrund, dann erst könne man an eine Untersuchung des Affektlebens, besonders der Beeinflußbarkeit herantreten. Meist entwickle sich bei älteren Taubstummen eine besondere Charakterentwicklung, die Berücksichtigung verdient.«

Ich lasse jetzt 4 Krankengeschichten der Nervenklinik der Universität Kiel folgen, welche an Hand des bisher Gesagten einiges Interesse beanspruchen.

1. Fall.

Patientin M., Alter 29 Jahre, Beruf: Schneiderin. Aufgenommen 20. VIII. 07.

Anamnese nach Angabe der Mutter: Von Geburt an war Patientin nahezu taub, bis zum 7. Jahre konnte sie nur Mama und Papa sagen. Vom 7. bis zum 14. Jahre war sie in der Prov.-Taubstummenanstalt Schleswig. Lernte dort gut sprechen und war in der Schule eine der Besten. Mit 14 Jahren wurde sie aus der 1. Klasse heraus konfirmiert. Dann wurde sie ein Jahr bei Leuten in Schleswig untergebracht und lernte dort das Schneidern, kam darauf zur Mutter zurück, bei der sie bis jetzt wohnte. Sie arbeitete in verschiedenen Geschäften für Damenkonfektion. Im September 06 lag sie 23 Wochen zu Bett wegen schlimmer Augen, Erbrechen, Darmkatarrh und Nervosität. Seit Anfang Juli zeigte sie sich verwirrt, sprach viel von einem Manne, der sie heiraten solle. Sie war leicht gereizt, schalt auf Mutter und Schwestern, wurde dann aber wieder ruhiger. Seit dem 17. August ist sie ganz still, grübelt und starrt vor sich hin, gibt garkeine oder gereizte Antworten. Am Aufnahmetage lief sie plötzlich zwischen 12 und 1 Uhr mittags aus dem Hause hinter einem Arbeiter her. Als dieser sich umdrehte, erschrak sie, lief zurück in den Garten und das Haus einer Nachbarin, ließ sich dort auf einen Lehnstuhl fallen, verdrehte die Augen und ließ die Glieder schlaff herabhängen. Auf ein Sofa gelegt, schlief sie gleich ein. Am Nachmittag fragte Dr. P. sie, was mit ihr wäre. Sie

gab zunächst keine Antwort. Sagte dann, es wäre ein Geheimnis, erzählte aber schließlich, sie liebe einen blonden Herrn in der W.-Straße, der müsse sie heiraten. Die Mutter hält es für ausgeschlossen, daß Patientin überhaupt je einen derartigen Herrn gesehen habe. Die Menses bestehen seit dem 17. Lebensjahre regelmäßig bis zur oben erwähnten Erkrankung, dann sind sie einige Zeit ausgeblieben, um dann wieder regelmäßig zu werden. An Ohnmachten, Schwindel, Krämpfen hat Patientin nie gelitten. Vater von Patientin hat 4 Jahre liegen müssen (Rückenmarksleiden, Tabes?) und hat aus erster Ehe eine idiotische Tochter, die mit 26 Jahren gestorben ist.

Auf Befragen gibt Patientin an: Sie habe sich in letzter Zeit über alle Bekannten geärgert. Herr K., der ihnen vor Jahren gegenüber gewohnt habe, habe sie so »verächtlich« angesehen. Ihre Schwestern seien häßlich zu ihr, immer hochmütig. Dr. H. habe sie gern, er habe ihre Ohren operiert. Ein blonder Herr in der W.-Straße sei auch häßlich gegen sie. Frage, ob er sie heiraten solle. Antwort »Ach!« (lacht). Auf weiteres Befragen wird Patientin traurig, Tränen kommen ihr in die Augen. Frage, woher sie den Herrn kenne, Antwort: »Er ist mit der Bahn da vorbeigefahren, auf einmal, durch Gottes Fügung.« Sie wiederholt diese Worte oft. Auf weiteres Befragen sagt sie, sie habe gestern geglaubt, der Herr ginge an ihrem Hause vorbei, sie sei ihm nachgeeilt und hätte sich geirrt. Als sie ihren Irrtum erkannte, sei sie ganz niedergeschmettert gewesen, sei schwach geworden und hätte sich hinlegen müssen. Frage, ob der Herr sie noch heiraten solle. Als Antwort zuckt sie mit den Achseln, lacht verlegen: »Ja, er soll mich heiraten!« Frage, warum. Antwort: »Gottes Fügung.« Sie habe früher nicht an Heiraten gedacht, das sei jetzt erst auf einmal gekommen. Eine Schwester sei verheiratet, sie sei aber nicht neidisch auf sie, gönne der Schwester ihren Mann. Schlaf, Appetit, Stuhlgang regelrecht.

Status: Kleiner, mäßig kräftig gebauter Körper, breiter Kopf, sehr asymmetrisches Gesicht. Linkes Auge steht tiefer als das rechte und dabei etwas schief. Linkes Wangenbein

stark zurücktretend, ebenfalls die rechte Unterkieferhälfte. Linker Unterkieferast stark nach außen gebogen. Ohren sehr klein und verbildet. Gegend des Kleinhirns außerordentlich stark entwickelt und vorgewölbt. Linke Schädelhälfte viel stärker vorgewölbt als die rechte, Kopf nicht druckempfindlich. Rechter Facialis leichter erregbar als der linke. Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert etwas, sie ist leicht belegt. Die Pupillen sind mittelweit, gleich groß, etwas verzogen Pupillenreflex auf Licht rechts prompt, links etwas träge, weniger ausgiebig. Pupillenreflex auf Konvergenz zeigt das gleiche Verhalten. Auf der linken Cornea ein fast die ganze untere Hälfte einnehmendes Geschwür, welches nahezu abgeheilt ist, mit ganz leicht infiltrierten Rändern, Conjunctiven etwas gerötet. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht. Vasomotorisches Nachröten ist deutlich vorhanden, aber langsam. Abdominalreflex +, Kniephänomene und Achillessehnenreflex +. Gang sicher. Rombergsches Phänomen —. Pinselberührungen werden prompt lokalisiert. Spitz und stumpf deutlich unterschieden. Schmerzempfindung anscheinend etwas herabgesetzt. Puls 120, regelmäßig, klein, schwach. Herzgrenzen nach beiden Seiten leicht verbreitert, über der Mitralis und Pulmonalis sind die Herztöne von einem leichten Geräusch begleitet. Lungen o. B. Thorax mäßig breit, Abdomen anscheinend etwas druckempfindlich. Sprache: ohne Anstoßen, doch fast unverständlich, Taubstummensprache. Patientin liest vom Munde ab, hört anscheinend garnichts.

22. VIII. 07. Liegt meist mit geschlossenen Augen zu Bett. Auf Befragen, ob sie noch heiraten wolle, lacht sie verlegen. Schlaf und Appetit gut.

24. VIII. 07. Fragt, ob sie nach Hause könne, es sei ihr hier zu langweilig.

25. VIII. 07. Hatte heute morgen Besuch von der Mutter, wollte aber nicht mit ihr nach Hause gehen, weil ihre Schwester auch im Hause der Mutter sei (Eifersucht? Neid, weil die Schwester hübscher ist als Patientin?).

28. VIII. 07. Verhält sich dauernd ruhig, scheint noch an ihrer Wahnidee, der blonde Herr solle sie heiraten, festzuhalten. Wird von der Mutter abgeholt und nach Hause entlassen.

Neue Aufnahme am 29. VIII. 07.

Ärztliches Attest von Dr. P. besagt, daß Patientin nach ihrer Entlassung sofort wieder hochgradige Unruhe, Verwirrtheit und Wahnideen gezeigt hätte.

Angaben der Mutter: Gestern, nachdem sie abgeholt war, ist Patientin ganz vernünftig gewesen, abends ist sie auf die Straße gegangen, hat gestikuliert, getanzt und gelacht, nachts leidlich geschlafen. Heute morgen ist sie ganz geistesabwesend gewesen, stand im Garten und hat Bewegungen mit dem Finger gemacht, als ob sie Fäden auszöge oder nähte; hat sich auf die Hand geklopft und Kußhände geworfen. War dann in das Haus gekommen, hat geweint und ist, nachdem sie sich in ihrem Zimmer eingeschlossen hatte, zu Bett gegangen. Sie hat den ganzen Tag still vor sich hin gesprochen, sich gegen Abend angezogen zum Ausgehen. Auf der Fahrt hierher hat sie mit gefalteten Händen still vor sich hin gesprochen.

Status der gleiche wie bei der ersten Aufnahme. In der Klinik geht sie widerstrebend mit zur Abteilung, sträubt sich sehr beim Ausziehen, liegt dann eine Zeitlang regungslos im Bett, atmet sonderbar laut, als ob sie sänge oder weine. Sie macht allerhand Gestikulationen, berührt ihre Brust mit beiden Händen, weint dann vor sich hin, küßt ihre Fingerspitzen. Auffallend ist ein verzückter Gesichtsausdruck. Liegt dann wieder stumpf da, mit geschlossenen Augen. Wird auf Anrede sehr ärgerlich: »Ich will nach Hause, hier ist es langweilig.« Gibt auf Fragen keine Antwort.

30. VIII. 07. Viel ruhiger, liegt meist still mit geschlossenen Augen da, lächelt auf die Frage, ob sie sich jetzt beruhigt habe.

2. IX. 07. Schläft ruhig. Grimmassiert etwas.

3. IX. 07. Grimassiert viel, liegt mit geschlossenen Augen da, spricht unhörbar vor sich hin. Lacht unmotiviert. Versteckt sich unter die Bettdecke, sehr widerstrebend.

4. IX. 07. In der Nacht sehr unruhig. Gibt eigentümlich bellende Laute von sich, macht eigentümliche Bewegungen mit den Armen, schreit auf, als man in ihre Nähe kommt, versteckt sich unter der Decke. Will kein Paraldehyd nehmen. Schreit: »Gift, Gift!« Nach Injektion schläft sie gut. Am Morgen wieder die eigentümlichen Bewegungen mit den Armen. Flüstert vor sich hin.

6. IX. 07. Noch immer die stereotypen Bewegungen mit den Armen, manchmal schlagende Bewegungen, als wenn sie etwas abwehren wollte. Stößt dabei eigentümliche Schreie aus, sehr abweisend. Schlägt nach dem Arzt, als er ihr die Hand geben will. Erkennt anscheinend ihren Arzt, der zu Besuch kam. Ist aber auch gegen ihn sehr abweisend. Appetit gut.

8. IX 07. Das Cornealgeschwür links vergrößert. Patientin liegt meist mit halb geöffneten Augen.

10. IX. 07. Spricht dauernd vor sich hin. Gibt auf Fragen nur selten ungemäße Antworten. Lacht öfter plötzlich laut. Macht dauernd die abwehrenden Bewegungen mit den Händen, halluziniert anscheinend, spricht unverständlich vor sich hin. Macht Bewegungen mit den Händen, als wenn sie mit einem Faden spiele. Ist meist ganz in sich versunken. Schreckt zusammen, wenn man ihr nahe kommt und schlägt.

16. IX. 07. Dauernd starkes Grimassieren, stereotype Bewegungen der Arme und Hände. Schläft nachts wenig, spricht und lacht öfters laut. Ißt gut.

23. IX. 07. Nicht mehr so abweisend. Stereotype Bewegungen, spricht viel vor sich hin, lacht plötzlich laut auf, schläft wenig, zieht sich öfters aus.

28. IX. 07. Cornealgeschwür am linken Auge noch ziemlich unverändert. Bekommt Schutzverband. Beide Augenlider geschwollen und gerötet, Umschläge mit Borwasser. Läßt sich ruhig verbinden. Lacht öfters laut los.

Bewegungen mit den Armen. Zieht sich zuweilen ganz aus. Flüstert vor sich hin, gibt auf Fragen keine Antwort, nickt nur. Nahrungsaufnahme gut; Schlaf unruhig.

30. IX. 07. Nachts öfter unruhig, spricht viel vor sich hin und lacht laut unter Grimmassieren.

1. X. 07. Linkes Auge besser, am rechten Auge starke Schwellung der Augenlider. Stereotype Bewegungen mit den Händen. Im ganzen nicht mehr so abweisend. Flüstert meist vor sich hin und ist in sich versunken, sodaß sie erschrickt, wenn man sie anredet.

7. X. 07. Schlaf ruhiger. Bewegungen mit den Armen halten an. Gibt keine Antworten, sondern nickt nur oder schüttelt mit dem Kopf. Augen beiderseits besser.

15. X. 07. Liegt im ganzen ruhiger im Bett, bekommt Streit mit einem Patienten und schlägt denselben.

26. X. 07. Macht dauernd stereotype Bewegungen mit den Armen und sitzt aufrecht mit geschlossenen Augen im Bett. Ist nicht mehr so abweisend.

5. XI. 07. Streitet sich zuweilen mit anderen Patienten und schlägt dieselben, sonst ist sie ruhig. Spricht nicht, die Bewegungen mit den Armen halten an. Ab und zu grimmassiert sie lebhaft.

15. XI. 07. Patientin ist sehr viel ruhiger geworden. Besuch von den Angehörigen, unterhält sich gut mit ihnen.

22. XI. 07. Gebessert in die Landesirrenanstalt in N. entlassen.

Neu aufgenommen am 10. II. 10.

Anamnese nach Angabe der Mutter: Am 23. Mai 08 ist sie von N. abgeholt worden. Damals ist sie ganz normal gewesen. Winter 1908/09 hat sie wieder mehrmals 8—14 Tage lang, wohl im Zusammenhang mit der übrigens regelmäßig auftretenden Periode, apathisch zu Bett gelegen. Hat nicht sprechen, nicht essen wollen. Sie ist immer der Idee gewesen, man wolle sie vergiften und »der große Gott« spräche mit ihr, glaubt immer, sie sollte von gewissen Männern erschossen werden. Wollte einmal mit

dem Taschentuch sich den Hals zuschnüren, nahm an Gewicht ab. Allmählich wurde sie wieder besser, fing an zu essen und zu trinken und hat seit Ostern 1909 wieder gut gearbeitet. Jetzt ist sie seit Januar wieder krank. Sitzt immer sinnend da, hält dabei den Mund zu, spricht und ißt nichts. Hat immer Vergiftungsideen. Sie sagt, sie würde immer verfolgt von wilden Tieren, von Schlangen usw. Sie höre immer Stimmen, »der große Gott« spräche immer mit ihr. Nachts immer ruhig. Einmal ist sie morgens um 9 Uhr weggegangen und erst um 12 Uhr nachts nach Hause gekommen. Sei im Automaten gewesen, weil sie nicht zu Hause speisen wollte, das Essen sei zu schlecht, schmecke sonderbar, man wolle sie vergiften. In letzter Zeit hat sie mehr gegessen, sie ist immer sauber gewesen, die letzte Periode vor wenigen Tagen war nur sehr gering, sonst regelmäßig und in normaler Stärke.

10. II. 10. Ruhig zur Abteilung, wird gegen Abend unruhig und schimpft heftig, sonst sitzt sie stumpf mit gleichgültigem Gesichtsausdruck da. Gibt manchmal beim Luftholen stöhnende Töne von sich, hält sich den Mund zu und sieht nach der Seite. Auf die Frage, warum sie so mache, schüttelt Patientin den Kopf.

Frage und Antwort:

Hören Sie Stimmen? Nickt ja.

Wo sind Sie? Nervenklinik.

Welches Jahr schreiben wir? 1910.

Monat? Februar.

Datum? 10.

Wochentag? Donnerstag.

Was sagen die Stimmen? Der Geist in meinem Leibe.

Was sagt der Geist? Der schwätzt immer.

Was denn? Allerlei. Das kann ich Ihnen nicht sagen.

Spricht er laut? Ja.

Sind Sie krank? Nein.

Warum sind Sie hierher gekommen? Frech! Ohne Gründe! Grausam mißhandelt!

Warum wollten Sie zu Hause nichts essen? Alles Viehfutter, Schlangenfutter! Das ist wahr! Alles andere Lüge!

Werden Sie verfolgt? Kein Mensch.

Haben Sie zu Hause gearbeitet? Schüttelt mit dem Kopf.

Warum nicht? Schüttelt mit dem Kopf.

Sehen Sie Bilder? Alles Quatsch!

13. II. 10. Geht ruhig zu Bett, sträubt sich jedoch häufig, zu essen, schneidet Gesichter und macht lange Nasen.

3. III. 10. Ist im ganzen ruhig, hält die Hand vor den Mund, lacht drohend, wenn sie begrüßt wird und gibt nicht die Hand. Scheint zeitweise zu halluzinieren, hört Stimmen auf dem Dach, aber läßt sich nicht darüber aus.

10. III. 10. Liegt stumpf zu Bett, blättert ab und zu in illustrierten Zeitschriften, arbeitet aber nichts. Ißt und schläft gut. Nach N. entlassen.

2. Fall.

Patient H., Alter 50 Jahre. Beruf: Händler. Verheiratet. Aufgenommen 4. VI. 14.

Anamnese nach Angaben der Ehefrau: Seit 10 Jahren ist Patient verheiratet. Über erbliche Belastung ist nichts bekannt. Mit 5 Jahren hat ihr Mann Scharlach und Gehirnentzündung gehabt. Seitdem ist er taubstumm. Er hat die Taubstummenschule in Schleswig besucht, kann lesen, auch etwas sprechen, er liest gut vom Munde ab. War früher Schuhmacher; seit einigen Jahren verdient er sich sein Brot als Händler mit Kurzwaren. Körperlich sei er stets gesund gewesen, nur einmal geschlechtskrank. Als junger Mensch hat er nicht getrunken, aber jetzt seit über 10 Jahren. Er trinkt quartalsweise, alle 3—4 Wochen ununterbrochen. Die Pausen sind immer kürzer geworden. Jetzt trinkt er mit achttägigen Pausen und zwar vorwiegend Schnaps, weniger Bier, täglich für 1,50 Mk. bis 2,00 Mk. Schnaps. Wenn er mehr Geld hat, trinkt er noch mehr, sie müsse immer Geld schaffen, sonst prügle er sie und mache Skandal. Schimpft manchmal in der Nacht, sodaß ein Schutzmann geholt werden muß. Spricht viel und erregt: er könne nicht leben ohne den Schnaps, das sei seine

Medizin. Wenn er nicht trinkt, ist er fleißig und gutmütig, ein guter Mensch. In der Trinkperiode teilt sich seine Zeit zwischen Trinken und Schlafen, Spazierengehen und Krach machen, wenn er kein Geld hat. Hat schon mal geäußert, er hätte etwas »gesehen«, genaues könne sie darüber nicht sagen. Wenn er wütend wird, springt er aufgeregt herum, die Augen treten ihm dann aus dem Kopf. Verstellt sich manchmal. Schlaf ist gut nach dem Trinken. Er ißt so gut wie garnichts. Der Stuhlgang ist regelrecht. Öfters hat er Erbrechen, besonders des Morgens. Krämpfe, Ohnmachten oder Schwindel hat sie nicht an ihm bemerkt. Sie hat die Entmündigung schon eingeleitet, er soll nach einer Trinkerheilanstalt überführt werden.

Befund: Er wird von der Frau gebracht und riecht stark nach Alkohol. Sein Benehmen ist ruhig. Gewicht 67,5 kg. Größe 1,67 m. Kräftiger Knochenbau, mittelkräftige Muskulatur, guter Ernährungszustand, etwas gedunsenes und gerötetes Gesicht, schlaffe Züge, Venektasien auf den Wangen. Wässrige injicierte Conjunktiven, große wenig differenzierte Ohren. Schädel nicht klopfempfindlich. Erster und zweiter Trigeminusast leicht druckempfindlich, starkes Zittern der Mundmuskulatur. Pupille mittelweit, nicht ganz rund. Pupillenreflex auf Lichteinfall und bei Konvergenz +. Augenhintergrund o. B. Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach rechts ab, sie ist belegt und zittert außerordentlich stark. Sprache artikuliert, frei ohne Modulation, abgehackt, Konsonanten scharf betont (Taubstummensprache). Hintere Rachenwand stark gerötet, schleimig belegt. Deutliches vasomotorisches Nachröten. Deutlicher Dermographismus. Die gespreizten Finger zittern stark. Kraftprobe: Dynamometer rechts 80, links 75. Große Nervenstämme nicht druckempfindlich. Romberg: Schwanken und Zittern am ganzen Körper. Starkes Lidflattern. Gang o. B. Pinselberührungen werden lokalisiert, spitz und stumpf gut unterschieden. Schmerzempfindungen sehr lebhaft. Puls 116, klein, regelmäßig. Arterienrohr eben fühlbar. Herz: Töne rein, 2. Aortenton vielleicht etwas stärker accentuiert. Lungen o. B. Adipositas. Leib weich. Lebergegend leicht

druckempfindlich. Leberresistenz nicht deutlich vergrößert. Urin o. B.

Auf schriftliches Befragen gibt Patient an, er sei seit dem 6. Lebensjahre taub, höre auch die stärksten Geräusche nicht. Habe früher Gehirnhautentzündung gehabt. Örtlich, zeitlich und persönlich ist er genau orientiert. Auf die Frage, was ihm fehle, erklärt er kurz: »Trunk!« »Trinke zuviel Schnaps!« Lacht wiehernd. Trinke hauptsächlich Schnaps, wenig Bier, vormittags und nachmittags für je 0,25 Mk. Gleich darauf sagt er, vormittags für 0,50 Mk. und nachmittags für 0,25 Mk. Abends trinke er nie, gehe um 8 Uhr ins Bett. Morgens sei er wieder gesund (lacht). Er hole sich den Schnaps nach Haus und trinke dann. Trinke 3—4 Wochen durch, arbeite aber auch. Sei Händler mit Kurzwaren. Verdiene viel, wenn er nicht trinke. Morgens habe er keine Luft, müsse deshalb einen Schnaps trinken. Wenn er tüchtig esse, trinke er nicht. Habe die Taubstummenschule in Schleswig vor etwa 20 Jahren besucht. Wisse nicht, ob das Sprechen früher schlechter gewesen sei, weil er es nicht hören könne. Sei vom 7.—15. Lebensjahre in der Taubstummenschule gewesen. Habe dort lesen und schreiben gelernt und vom Mund ablesen. Habe dann die Schuhmacherei beim Vater betrieben. Sei ca. 20 Jahre Schuster gewesen. Habe zuviel »ausgepumpt« und daher das Geschäft aufgegeben. Sei dann Hausierer mit Kurzwaren geworden. Die Hälfte an der Einnahme sei verdient, er gehe jeden Tag auf den Handel. Trinke seit 20 Jahren, sei aber nie krank gewesen. Seine Nerven seien »furchtbar« gesund. Seit 10 Jahren sei er verheiratet. Vertrage sich gut mit seiner Frau, nur wenn er trinke, gehe es schlecht, er mache keinen Spektakel, keinen Lärm, seine Frau mache denselben. Schimpfe nur, wenn seine Frau nicht bei ihm schlafen wolle. Mit 27 Jahren sei er geschlechtskrank gewesen, Schanker glaube er, habe er gehabt. Sehr euphorisch, lacht dauernd vergnügt und zeigt ein läppisches, kindisches Benehmen.

5. VI. 14. Appetit gut. Schläft mit Schlafmitteln gut. Starker Tremor der Finger und der Zunge. Puls kräftig,

104, regelmäßig. Außerordentlich kindisch, immer vergnügt, lacht bei jeder Visite wiehernd drauf los. Liest gut vom Munde ab. Interessiert sich für alles, was auf dem Saal vorgeht.

6. VI. 14. Steht einige Stunden auf, benimmt sich, abgesehen von dem dauernden, grundlosen, kindischen, wiehernden Lachen, durchaus geordnet. Schlaf gut (Schlafmittel).

7. VI. 14. Beim Besuch der Frau vergnügt und ordentlich, war sehr ärgerlich, weil sie ihn nicht mitnahm.

10. VI. 14. Anscheinend einsichtig, will freiwillig in eine Anstalt gehen, wenn er entmündigt sei. Seine Frau hat Entmündigungsantrag gestellt. Verspricht, nicht mehr zu trinken. Frau wünscht Entlassung, damit er vor seiner Überführung in die Trinkerheilstätte noch etwas verdiene. Frau will die Armenverwaltung wegen der Kosten der Unterbringung in der Heilstätte in Anspruch nehmen. Entlassen.

Neue Aufnahme 12. VII. 14.

Angaben der Frau: War nach seiner Entlassung 14 Tage nüchtern, hat als Händler gearbeitet und das Geld nach Hause gebracht. Dann hat er wieder angefangen zu trinken. Seit 14 Tagen ist er immerzu betrunken. Er trinkt jeden Tag für 2 Mk., hauptsächlich Schnaps, etwas Braunbier. Sie muß ihm immer Geld geben, droht, wenn er nichts bekommt und wird sehr aufgeregt, schimpft, schlägt nichts entzwei, aber heftig gegen die Türen, sodaß die Hausleute ihn hören. Seine Frau arbeitet in einem Haushalt. Wenn sie abends zurückkommt, ist er immer sehr erregt und verlangt dauernd nach Geld, schimpft und schreit. Er sucht durch sein Schreien die Frau zum Schnapsholen zu zwingen und kann sehr niederträchtig sein. Frau kennt einen Herrn aus seinem Freundeskreis seit dem Karneval, derselbe verkehrt im Haus bei ihm. Jetzt ist er eifersüchtig auf denselben und wirft der Frau Treulosigkeit mit dem Betreffenden vor, obwohl er tatsächlich keinen Grund dazu habe. Hat selbst ein Verhältnis mit einem taubstummen Mädchen, mit

der er schon vor der Ehe verkehrte. Das Mädchen verkehrt im Hause. Der Herr ist vor ein paar Monaten einmal betrunken in die Wohnung gekommen, sein Schlüssel paßt zufällig zu der Wohnung des Patienten. Ihr Mann hat in der letzten Zeit nachts manchmal aufgeschrien und gefragt, ob Willy da sei (das ist der Herr). Die Hauswirte wollen ihn nicht mehr im Hause haben, weil er dauernd schreit und aufgeregt ist. Gewalttätig ist er nicht. Er droht ihr ab und zu, er wolle der Polizei sagen, daß sie noch einen anderen Bräutigam hätte. In den letzten Tagen hat er viel morgens erbrochen. Er pumpt die Hausbesitzer an. Weil er Schmerzen im Halse hat, muß er trinken, sonst wird er sehr zittrig und wacklig auf den Beinen.

Befund wie bei der ersten Aufnahme. Soll jetzt in seiner Wohnung getobt haben. Er singt und lallt im Aufnahmezimmer. Auffallend stierer Blick. Er ist deutlich betrunken.

13. VII. 14. In der Nacht mit Schlafmittel leidlich geschlafen. Persönlich, zeitlich und örtlich orientiert. Auf Befragen: Wisse nicht, weshalb er hergebracht worden sei. Er sei nicht betrunken gewesen. Komme manchmal um 4, manchmal um 3, manchmal um 2 Uhr nach Hause. Seine Frau habe 125 Mark in den letzten Tagen von ihm bekommen. Er brauche nur 1 Mark am Tage, er trinke für 0,75 Mark Schnaps und außerdem noch Bier dabei. Er sei sehr eifersüchtig. Seine Frau habe ihn nur hergebracht, um mit einem andern Herrn verkehren zu können. Er mache garkeinen Skandal und keinen Streit, nur wenn der Herr da sei, mache er Streit. Seine Frau ginge auch immer aus, er wisse nicht, wo sie hingehe. Deshalb sei er immer ärgerlich. Wenn er hier sei, komme der Herr in seine Wohnung, wenn er zu Hause sei, liefe derselbe immer weg. Er sei »furchtbar« unschuldig hergekommen. Gestern abend wäre er um 9 Uhr nach Hause gekommen, seine Frau sei erst später eingetroffen, um 2½ Uhr, habe nicht bei ihm schlafen wollen, wolle überhaupt nicht bei ihm schlafen, deshalb komme es immer zum Streit. Am 27. V. habe er 800 Mark geerbt von seinem Vater, er habe gestern seine

Frau gefragt, wo das Geld sei. Er habe das Testament in einer Schublade gefunden, seine Frau habe ihm garkeine Antwort gegeben. Er sei viel zu gut mit der Frau. Sie bekomme viel Geld von ihm, habe sich für 0,80 Mk. Schnaps gekauft gestern, davon sei aber noch in seiner Flasche. Er prügle seine Frau nie, sie prügle ihn (zeigt mehrere blaue Stellen an beiden Armen vor, hustet und spuckt fortwährend, und verlangt dauernd Wasser zu trinken). Wenn er abends zu viel gegessen habe, müsse er morgens erbrechen. Jetzt fühle er sich ganz gut. Sei völlig gesund. Seine Frau wolle nur andere Männer in ihrem Bett haben. Die Stadt brauche nicht zu bezahlen, seine Frau könne selbst bezahlen, habe Geld genug. Er schlafe »furchtbar« gut, habe nie etwas »gesehen«, wenn er noch 4 Wochen weiter tränke, dann käme das erst. Sei nicht ängstlich, habe noch nie Tiere gesehen. Könne aber fühlen, wenn der Herr in der Nacht käme, dann wache er auf. Habe den Herrn vor ein paar Tagen nachts um 1½ Uhr gesehen, habe seine Frau gefragt, was der Herr wolle, sie habe gesagt, das gehe ihn nichts an. Ein Nachbar und ein Freund hätten den Herrn auch gesehen. Uneinsichtig, schiebt alle Schuld der Frau zu.

14. VII. 14. Euphorisch. Vergnügter Stimmung. Er sei wieder gesund. Er besteht darauf, daß seine Frau für ihn zahlen könne, die Armenverwaltung sei unnötig. Hält an seiner Eifersuchtsidee fest. Verhält sich sonst ruhig, sein Benehmen ist kindisch Starkes Zittern von Zunge und Händen. Puls etwas langsamer, 96, regelmäßig und kräftig.

15. VII. 14. Uneinsichtig, kindisch, vergnügt. Verhält sich ruhig. Erzählt, er sei bereits entmündigt und solle nun in eine Trinkerheilanstalt. Nahrungsaufnahme gut. Unterhält sich sehr lebhaft und völlig geordnet mit seiner Frau.

16. VII. 14. In der Nacht plötzlich unruhig, laut, kommt außer Bett, wühlt in deliriöser Weise herum, sucht am Fenster hochzuklettern, schlägt sich beim Abgleiten eine kleine blutige Schramme an der Stirn. Drängt aus dem Bett, behauptet, in seiner Matratze sei ein kleines Kind, deckt vorsichtig die Matratze auf. Behauptet, laut schwörend, er habe garnichts getrunken, komme eben von Neumünster,

habe dort heute morgen für 0,40 Mk. und heute nachmitag für 0,35 Mk. Schnaps getrunken. Es entwickelt sich ein Beschäftigungsdelirium. Er arbeitet andauernd an der Matratze herum und sucht sie aufzutrennen, ruft dazwischen »gleich fertig«, redet dann nach der Wand zu, ist aber sehr schwer verständlich. Verlangt Schnaps und bittet den Wärter, den er mit »Du« anredet, er solle ihm die Tür aufschließen, seine Frau warte draußen, die schimpfe, wenn er die ganze Nacht ausbleibe. Er geht dabei auf das Fenster zu, dem Wärter verspricht er 0.30 Mk. dafür. Dann bestellt er ein Messer, deutet auf die Matratze, die müsse er aufschneiden. Starkes Zittern des ganzen Körpers und stärkster Schweißausbruch. Puls 120—125, regelmäßig, mittelkräftig.

17. VII. 14. In der Nacht dauernd unruhig, arbeitet im Schweiße seines Angesichts an den Matratzen herum, ruft dazwischen unverständliche Worte und spricht nach der Ventilationsklappe hinauf, behauptet, seine Frau sei dort. Suggestive Gefühls- und Gesichtshalluzinationen. Läßt sich Geldstücke in die Hand suggerieren, nimmt sie in Empfang und zählt sie auf der Matratze auf. Bald mehr ängstlich, bald nur heiter vergnügt. Spricht viel am Fenster stehend nach draußen, gestikuliert, lacht und schreit. Puls stark beschleunigt, bis 128, aber regelmäßig und mittelkräftig. Kriecht viel am Boden herum. Gegen Morgen etwas geschlafen, gehobener, vergnügter, exaltierter Stimmung. Lacht laut, erzählte, er habe viele Ratten und Mäuse gesehen, die in das Wasser gesprungen seien.

18. VII. 14. In der Nacht gut geschlafen, er schläft noch morgens bei der Visite. Zittern und Schweiß sind geringer geworden. Er ist völlig klar und geordnet, aber immer kindisch, läppisch, vergnügt. Puls 96, regelmäßig, mittelkräftig.

19. VII. 14. Steht auf. Liest die Zeitung, wieherndes Gelächter bei jeder Gelegenheit.

30. VII. 14. Er drängt fort und ist einsichtslos, wolle nur einige Tage nach Haus, um Miete zu verdienen, er würde nichts mehr trinken, er habe jetzt keinen Durst.

4. VIII. 14. Entlassen.

3. Fall.

Patientin B., 27 Jahre alt. Beruf: Dienstmädchen. Aufgenommen am 16. XII. 12.

Patientin hatte sich kurz vor der Aufnahme in den Kieler Hafen gestürzt und ist von Matrosen aus dem Wasser gezogen worden. Die Stelle war flach, sodaß Patientin nur bis zur Hälfte naß wurde. Sie soll völlig klar gewesen sein, Gründe, weswegen sie in das Wasser gegangen sei, hat sie auch auf mehrmaliges Fragen nicht angegeben.

Anamnese nach Angabe der Eltern: Seit der Geburt ist Patientin taubstumm. Woran die Taubstummheit liegt, wissen die Eltern nicht. Soll ganz wenig hören können. Besuchte die Taubstummenschule in Lübeck und lernte gut. Vaters-Mutter hat an Kopf- und Geistesschwäche seit dem 50. Lebensjahre gelitten und ist an Kopfschmerzen und Nervosität gestorben. Sonst über erbliche Belastung nichts bekannt. Patientin ist immer leicht aufgeregt gewesen. 3—4 Wochen hat man mit ihr auskommen können und in der 4. Woche ist sie dann bösartig, bockig, und macht Angriffe auf ihre Schwestern. An traurigen Verstimmungen litte sie nicht. Nach einigen Tagen ist sie wieder normal. Auch als Kind ist sie oft bösartig und hinterlistig gewesen. Ihre Reizbarkeit hat sich namentlich in der letzten Zeit sehr verschlimmert, daß mit ihr garkein Auskommen ist. In den letzten 2 Jahren ist sie 6mal von Haus weggelaufen, manchmal ohne irgend eine Ursache. Wenn man sie nachher fragte, hätte sie geantwortet, sie wisse von nichts. Einmal wollte sie überhaupt nicht wissen, wo sie in der Zeit gewesen wäre. Manchmal ist sie zu Verwandten gelaufen, in dieser Zeit hat sie immer wild und komisch ausgesehen. Ihre Erinnerung an solche Perioden scheint unklar zu sein, vorher merke man ihr nie etwas an, plötzlich sei sie fort. Einmal ist sie im vorigen Jahre 8 Tage weg gewesen; sie hat damals 40 Mark von der Mutter mitgenommen. Sie weiß nicht, was sie will, sie sei zu einem Herrn gegangen, mit dem sie sich auf der Straße getroffen hätte. An einem der letzten Tage hat sie in der Stube eines Mieters Wasser ausgeschüttet. Als die Schwester sie

deswegen tadelte, ist sie weggegangen und nicht wiedergekommen, abends ist sie zu ihrem Bruder gelaufen. Der Vater und der Schwiegersohn geben folgendes Bild von der Patientin: Sie ist die jüngste ihrer sonst gesunden Geschwister, und hat schon 5 mal derartige Perioden der scheinbaren Geistesstörung gehabt, daß sie aus dem Hause zu Verwandten oder Bekannten gelaufen ist und tagelang umherläuft. Außer diesen Zeiten, in denen sie stets aufgeregt und zornmütig ist, hat sie häufig Tage, in denen sie wie geistesabwesend ist. Sie redet unzusammenhängende Worte, ohne Sinn, hat in heftiger, zorniger Erregung Gegenstände um sich geworfen, und, nach dem Grunde ihrer Erregung und Verstimmung gefragt, geistlos den Fragenden angesehen und nicht gewußt, was der Betreffende meine. Starke motorische Unruhe ist nicht bei ihr bemerkt worden. Die Anfälle dauern meist 8 Tage, dann klingen sie plötzlich ab, und wenn man die Patientin zur Rede stellt, warum sie so gewesen sei, hätte sie nichts mehr davon gewußt. In den Zwischenzeiten ist sie ganz normal gewesen. Übermäßige Fröhlichkeit ist nicht bei ihr bemerkt worden. In den tobsüchtigen Zeiten ging sie auch einmal gegen ihren Schwager, bei dem sie sich seit mehreren Jahren im Hause aufhält, tätlich vor. Sie würgte ihn am Hals und schlug auf ihn ein, sonst war sie nicht krank. Selbstmordgedanken hat sie bisher nicht geäußert, auch nie Selbstmordversuche unternommen. Wenn sie von Hause fortlief, zog sie immer die schlechtesten Kleider an. Die Großmutter väterlicherseits soll ähnliche Zornausbrüche gehabt haben.

Sie kommt ruhig in das Untersuchungszimmer und sucht die Fragen, die an sie gerichtet werden, zu verstehen. Erfaßt sie auch ganz gut, wenn man langsam spricht. Antwortet dann in monotoner und verwaschener Weise, stammelnd, aber doch ziemlich verständlich. Kennt ihre Personalien und sagt auf Befragen, daß sie krank sei und sich im Kieler Hafen erkältet habe, sie hätte Brust-, Leib- und Halsschmerzen. Sie sei in den Hafen gegangen, weil sie von der Schwester schlecht behandelt sei, diese habe geschimpft und sie immer geschlagen, weil sie die Stuben

nicht ordentlich gewischt hätte, die Teller seien vom Tisch heruntergefallen, da habe die Schwester gescholten und habe gesagt, sie habe die Teller heruntergeworfen.

Körperbefund: Größe 1,65 m, Gewicht 55 kg. Graziler Knochenbau, etwas reduzierter Ernährungszustand, mäßige Muskulatur, Schädel auf Beklopfen und Druck leicht empfindlich, Pupillen mittelweit, gleich weit und rund. Reflexe o. B. Puls 102, regelmäßig, weich, etwas schwach. Herztöne rein. Die Brüste auffallend klein. Lungen o. B. Leib weich, eindrückbar, in der Gegend des Wurmfortsatzes angeblich etwas druckempfindlich. Gang o. B. Patientin klagt über Erkältung, Schmerzen im Hals und Leib.

17. XII. 12. Hat die Nacht ruhig geschlafen, verhält sich durchaus geordnet, macht aber einen etwas verstimmten Eindruck.

Frage:	Antwort:
Wie geht es Ihnen?	Nicht gut (schüttelt mißmutig den Kopf).
Was fehlt Ihnen?	Leib- und Kopfschmerzen, alles tut weh, auch der Rücken schmerzt.
Weshalb sind Sie in das Wasser gegangen?	Mit der Schwester habe ich mich erzürnt.
Sind Sie manchmal aufgeregt?	Schüttelt wieder mit dem Kopf und sagt, die Schwester habe sie tüchtig gescholten.
Sind Sie traurig?	Ja.
Immer?	Ja.
Können Sie auch lustig sein?	Nein.
Worüber sind Sie traurig?	Über die Schwester.
Werden Sie von Anderen auch schlecht behandelt?	Ja, von meinem Schwager. Der hat mich mit der dicken Faust an die Schulter geschlagen, daß sie ganz dunkelblau geworden ist, sonst sind die Menschen gut zu mir.
Sind Sie augenblicklich ängstlich?	Ja, weil sie mich schlagen, sonst nicht.

Frage:	Antwort:
Haben Sie oft Kopfschmerz?	Ja, weil sie immer schimpfen.
Wird Ihnen schwindelig?	Habe ich auch schon gehabt, Es hat sich schon alles gedreht bei mir.
Wann war das?	Ein paarmal, vor 14 Tagen vielleicht.
Seit wann sind Sie schwerhörig?	Seit ich geboren bin.
Können Sie nichts hören?	(Schreibt): Meinetwegen.
Hören Sie überhaupt nicht?	Nein, überhaupt nichts.
Haben Sie eine Schule bebesucht?	In Lübeck.
Taubstummenschule?	Nein, das war eine andere Schule.
Gut gelernt?	Ja.
Viel krank gewesen?	Ja, Leibschmerzen und Husten, Influenza und Kopfschmerzen.
Wie heißen die Monate?	(Antwort richtig).
Monate rückwärts?	(Begreift die Frage etwas schwer: 12—6 richtig, dann 2, 3, 5, 2, 1).
Wo sind Sie jetzt?	K.-Weg (meint, wo sie wohnt).
Wie heißt dieses Haus?	Fröhlich.
Ist hier ein Gefängnis?	Nein, Wohnhaus, großes Wohnhaus.
Krankenhaus?	(Nickt).
Wer und was bin ich?	(Zuckt die Achseln).
Welches Datum haben wir heute?	(Richtig).

Patientin macht keinen deprimierten Eindruck.

8. XII. 12. Patientin ist ruhig, klagt nur über Beschwerden in Kopf und Leib.

23. XII. 12. Anfangs äußerte Patientin mancherlei Beschwerden ohne objektiven Befund (Hals-, Leibschmerzen). Jetzt ist sie dauernd vergnügter Stimmung, ruhig und ordentlich.

27. XII. 12. Verhält sich meist ganz geordnet und

ruhig. Äußert aber wieder Brustbeschwerden, Husten und Schmerzen. Ein objektiver Befund ist nicht zu erheben.

31. XII. 12. Befinden gut, hat keine Beschwerden mehr. Ihr Wesen ist freundlich und ruhig.

10. II. 13. Das Befinden ist unverändert. Für gewöhnlich ruhig, freundlich, fleißig, aber leicht mißtrauisch und übelnehmerisch, sie glaubt sich leicht beschimpft oder ausgezankt, beschwert sich dann sehr temperamentvoll darüber. Sie kann leicht gereizt sein, auch Gewalttätigkeiten ist sie nicht ganz abgeneigt. Appetit ist meist sehr gut. Sie erholt sich körperlich.

3. IV. 13. Manchmal Klagen über Leibschmerzen, die sie zeitweise besonders in der Appendixgegend lokalisiert. Irgendwelche objektiven Symptome, Fieber etc. sind nicht nachzuweisen. Nach einigen Tagen sind die Schmerzen meist wieder vorüber. Es hat den Anschein, als ob es sich um Ersatzzeiten der Menstruation handelt, die die Schmerzen in regelmäßigen Intervallen auftreten lassen. Die körperliche Untersuchung, auch gynäkologisch, ergibt keinen Anhaltspunkt für krankhafte Prozesse. Es wird nur ein infantiler Uterus gefunden.

20. V. 13. Sie ist immer freundlich und vergnügt. In letzter Zeit ging sie häufig mit Mitgliedern der Familie aus und kam immer gut zurück. Mit ihrem Vater und ihrer Schwester hat sie sich ausgesöhnt, gegen die sie im Anfang heftigen Groll gehabt hat. Sie will jetzt nach Hause.

9. VI. 13. Patientin wird entlassen.

2. Aufnahme 8. XI. 13.

Angaben nach dem Vater: Nach der Entlassung aus der Anstalt hat sie zu Hause geholfen. Es ist gut gegangen, sie führte sich gut. Am Sonnabend ging Patientin nachmittags von Haus fort und bezahlte Steuern für ihre Schwester, dann fuhr sie allein nach Hamburg, nachdem sie ihrer Schwester 3 Mk. aus dem Schrank genommen hat. In Hamburg ging sie gleich zu ihrem Bruder und sah auffallend flüchtig aus. Der Bruder hat sie zur Bahn gebracht und sie ist allein wieder hergefahren. Sie sei nach Hamburg gefahren, um dort zu arbeiten.

Status wie bei der ersten Aufnahme. Auf die Frage, wann sie entlassen sei, antwortet sie richtig: Juni. Sie sei dann zu Haus gewesen, möchte nicht mehr in Kiel sein, ihre Schwester behandle sie schlecht, sei deshalb nach Hamburg zu ihrem Bruder gefahren, habe dort in der Kakaofabrik arbeiten wollen, dann hätte sie in das Wasser gehen wollen, »weil sie die Sünde getan habe« (siehe Brief weiter unten). Ihre Schwester habe schon wieder Streit gemacht. 8 Tage war sie in Hamburg bei ihrem Bruder. Ist etwas gereizter Stimmung, sonst klar und ruhig.

10. XI. 13. Ruhig, hilft bei der Arbeit mit.

17. XI. 13. Wegen Gonorrhoe der Hautklinik überwiesen.

An den Abteilungsarzt schrieb sie folgenden Brief:

Sehr geherter Herr Dr. K.!

Herrn Doktor, ich will heute abend mit ihnen heimlich sprechen, was der Arzt in Königl. Frauenklinik mir gesagt hat. Ich habe heute morgen große Angst mit ihnen gehabt. Herrn Doktor, bitte sei mir wieder gut und ich will heute abend heimlich mit ihnen von meinem schlechten Bruder in Hamburg und einem Mann in K. sprechen, weil (unleserlich) und Mutter mir so schlecht gemacht haben, daß ich bei ihnen war. Ich bin so traurig, weil ich geschlechtskrank war.

Freundlichen Gruß

W. B.

3. Aufnahme.

Am 16. III. 17 wird sie plötzlich auf Hilferufe hin im Garten der Nervenklinik lang hingestreckt auf der Erde gefunden, mit geschlossenen Augen. Sie gab zuerst keine Antwort, schließlich stieß sie unartikulierte Laute aus, sie wurde aufgehoben und in die Anstalt gebracht. Unterwegs versuchte sie zu sprechen und man konnte mit Mühe verstehen: »Ich muß in den Tod gehen, mein Vater will mich nicht haben, ich bin heute in K. entlassen.« Sie folgte willig auf die Abteilung. Dort schrieb sie auf, daß sie W. B. heiße. In einer Ledertasche fanden sich 34,28 Mk. und folgender Brief.

Fräulein W. B. bei Frau P.
Siechenheim in K.

Montag d. 12. III. 17.

Ich war Sonntag bei Frau P. Sie hat gesagt, Du gehst am 15. März ab. Dein Vatter Ich bin sehr böse auf Dich, das Du abgehst mit Deinen Sachgen darf Du nicht nach Hause kommen wir wollen Dich nicht haben. Jetzt kannst Du auch sehen woh Du abbleibst, Du habst Dein Glück mit Füsen gestoßen, bei mir, darf du nicht kommen.

mit Gruß
Dein Vatter.

Patientin schlief in der Nacht gut und schrieb am folgenden Morgen auf, daß sie im Sommer 1913 schon einmal hiergewesen sei. Sie gibt an, daß sie zuletzt in K., bei einer Frau P. in einem Siechenhaus für alte Frauen gewesen sei, weil die alte Frau sie geärgert habe, habe sie gekündigt. Sie wollte von dort fort. Auf den Brief des Vaters hin sei sie aufgeregt worden und hätte sich das Leben nehmen wollen. Hier gefalle es ihr. Sie ist ruhig und geordnet und fügt sich willig allen Anordnungen. Der körperliche Befund wie bei der ersten Aufnahme. Sehr mangelhaft ausgebildete sekundäre Geschlechtscharaktere. Spärliche Achsel- und Schamhaare. Hyperplastische Brüste.

12. V. 17. Hier dauernd ruhig, still für sich, verträglich, fleißig. Häufig Klagen über Kopfschmerzen. Ungeheilt nach Schleswig entlassen. Folgenden Brief setzte sie in dieser Zeit auf.

Vom 1. Januar bis 15. Mai 1917 war ich auf dem Lande bei K. in Stellung gewesen. Ich habe mit im Garten und auf dem Lande gearbeitet. Als ich beim Graben, habe ich plötzlich immer Rückenschmerzen gehabt, so bin ich so schwach und kann nicht mehr, weil ich kein Blut gehabt habe, deshalb schilt sie mir immer, ich bin nicht mehr da. Ich habe sie nicht gesagt, bin so lange über ihnen (unleserlich) ich wollte wieder zu Hause bleiben, da mein Vater mich nicht mehr will. Muß ich

in K. immer weggebracht werden, das auch ich so oft krank gewesen. Ich habe Rückenschmerzen, Hals- und Kopfschmerzen und Reumathismus in den Beinen. Darum bin ich sehr traurig, weil ich noch nie unwohl bin.

Fräulein B.

4. Fall.

Patientin R., 4 Jahre. Aufgenommen den 5. I. 16.

Anamnese nach Angabe der Mutter: Die Geburt war normal. Sie ist das 2. von 3 Kindern und hat mit $1^3/_4$ Jahren das Laufen gelernt. Sie hat Krämpfe nie gehabt. Sprechen bisher nicht gelernt. Sie gibt nur Töne von sich. Die Mutter glaubt, daß das Kind nicht hören kann, da es nie auf Anruf reagiert, dagegen auf Winken und dergl. angelaufen kommt. Bisher ist es nie krank gewesen. Die Mutter hält das Kind für sehr klug. Der Vater liegt zur Zeit hier an Paralyse. Der Großvater väterlicherseits soll Trinker gewesen sein, sonst keine Belastung. Die beiden Geschwister sind vollkommen gesund.

Status: Unter fürchterlichem Geschrei wird es zur Abteilung gebracht. Gewicht 16,7 kg. Das Kind ist dem Alter entsprechend gut entwickelt, in gutem Ernährungszustand, mit einer glatten Haut und gesunder Farbe. Der Schädel ist ausgesprochen quadratisch. Auf Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen sind gleich weit, mittelweit und rund, Reflexe im ganzen positiv. Kniephänomen +. Es spricht nicht. Bei starken Schalleinwirkungen tritt keinerlei Reaktion ein. Am Hals findet sich geringe Lymphdrüsenschwellung. Sensibilitätsprüfungen sind nicht möglich. Auf Nadelstiche schreit es. Der Puls ist regelmäßig, gleichmäßig und von normaler Frequenz. Die Herztöne sind rein. Die Lungen ergeben keinen besonderen Befund. Leber und Milz sind nicht wesentlich vergrößert. Urin o. B. Der Augenhintergund zeigt an der Peripherie Andeutung von Pfeffer- und Salzsprenkelung.

7. I. 16. Es ist munter, spielt und geht mit Eßgeschirr und Spielzeug ganz geschickt um, es ist sauber,

lacht mitunter, spricht aber kein Wort und reagiert nicht auf Schalleindrücke.

9. I. 16. Freundliches, zufriedenes Wesen. Macht einen intelligenten Eindruck. Versteht und befolgt durch Zeichen vermittelte Aufforderungen ganz richtig. Im Spiel ist es ganz geschickt. Wassermann im Blut nicht ganz —.

10. I. 16. Wird von der Mutter abgeholt und ungeheilt entlassen.

Im 1. Falle wurde die Diagnose auf Katatonie und Taubstummheit gestellt. Die Patientin ist durch den Vater erblich belastet, bei dem nach Aussagen der Angehörigen eine Lues vorgelegen haben mag. Bei der Patientin waren Zeichen einer congenitalen Lues nicht mit Sicherheit mehr festzustellen. Auf diese Weise wurde sowohl die Entwicklung des Gehörorgans als auch des Gehirns schwer geschädigt. Durch das fehlende Gehör wurde dem Ausbruch der psychischen Erkrankung Vorschub geleistet, wenn es nicht sogar als auslösende Ursache angesehen werden muß. Denn aus der Vorgeschichte der Patientin geht hervor, daß sie unter ihren körperlichen Mängeln sehr gelitten hat, und daß es für sie ein besonderer Schmerz war, anderen Mädchen gegenüber in ihren Reizen benachteiligt zu sein. So konnte sich auf diesem Boden besonders günstig das an sich schon vorbereitete, vielgestaltete Bild der Katatonie entwickeln. Besonders charakteristisch für diesen Zustand sind die Bewegungsstereotypien, welche sie mit den Armen und Händen ausführte. Das Leiden fing an mit geistiger Verwirrung, in welcher ein erotischer Zug hervortrat, gegen Mutter und Geschwister war sie besonders lieblos. Ihr Wesen wechselte zwischen stumpfen Perioden, wo sie vor sich hinbrütete und Perioden, in denen sie durch die geringste Frage erregt wurde. Der erotische Zug trat später immer deutlicher hervor, ab und zu im weiteren Verlauf auch religiöse Wahnideen: »Der große Gott spräche immer mit ihr.« Prognostisch ist die Patientin durchaus ungünstig zu beurteilen, selbst wenn man versuchte, durch besondere Anstaltspflege die Mängel des Gehörsinns auszugleichen, die psychische

Erkrankungsform ist eine zu selbständige, als daß sie sich dadurch noch nachhaltig beeinflussen ließe.

Während in dem ersten Falle das schädigende Moment in die intrauterine Entwicklungsperiode fällt, sehen wir im 2. Falle, wie bei einem sich bis dahin gut entwickelnden Kinde mit dem 5. Jahre infolge einer Infektionskrankheit das Gehör für den praktischen Gebrauch ausgeschaltet wird. Die Folge ist eine starke Beeinträchtigung der Sprache, der durch geeigneten Unterricht mit Erfolg entgegengearbeitet wird. Nach der Entlassung aus der Taubstummenschule erlernt der Patient die Schuhmacherei. Auch hier entwickelt er sich noch durchaus günstig unter dem Schutze seines Elternhauses. Er tritt dann in das Leben hinaus und arbeitet als Schuhmacher. Hier werden die ersten Anforderungen an seine selbständige Kritik gestellt und es zeigen sich Symptome, welche vermuten lassen, daß er dem Kampfe um das Dasein nicht gewachsen ist. Er muß die Schuhmacherei aufgeben, da er viel »ausgepumpt« hat. Und nun wendet er sich dem für ihn ungeeignetsten Beruf als Händler und Reisender zu mit seinem unruhigen Leben und den hohen Anforderungen, die dieser Beruf an den Menschen körperlich und geistig-sittlich stellt. Da versagt er. Das reichlich verdiente Geld wirft seine mangelhaft ausgebildete Selbstkritik um und er wird zum Trinker. In diesem Falle möchte ich es nicht für ausgeschlossen halten, daß Patient bei dauerndem Aufenthalt in einer Anstalt immerhin noch ein nützliches Mitglied der Gesellschaft werden kann.

Im 3. Falle ist die Taubheit angeboren. Patientin entwickelt sich bei geeigneter Behandlung durchaus zufriedenstellend. Ein besonderer Charakter fällt schon früh bei ihr auf: Sie ist sehr leicht erregt, mißtrauisch, und neigt zu Gewalttätigkeiten. Nach der Entlassung aus der Schule arbeitet sie zu Hause und hier scheint in keiner Weise die nötige Rücksicht auf ihren besonderen Zustand genommen worden zu sein. Sie lebte bald in Feindschaft mit ihren Familienangehörigen und wurde so mehrmals dazu angetrieben, von Haus wegzulaufen, einmal sogar in das Wasser zu gehen. Sie geriet zweimal in die Hände von gewissen-

losen Männern, welche sie nach ihren Angaben mißbrauchten. So wurde sie geschlechtskrank, ein neues Moment, welches ihr Gemütsleben auf das Schädlichste beeinflußte. Innerhalb der Anstalt beruhigte sie sich meist schnell, war arbeitssam und machte einen vernünftigen Eindruck. Allerdings blieben auch hier ihre Hauptcharaktereigenschaften bestehen: leichte Erregbarkeit, mißtrauisch, jähzornig. Immerhin läßt sich feststellen: bei geeigneter häuslicher oder Anstaltspflege würde die Patientin ein ganz normales Leben führen können.

Über den 4. Fall läßt sich noch nicht viel sagen: die Taubheit ist sicher auf die congenitale Lues zurückzuführen. Abgesehen von den Lebensäußerungen, welche mit dem Gehörsinn zusammenhängen, macht das Kind einen intelligenten Eindruck. Eine spezifische Behandlung wäre erstmal notwendig und dann eine Aufnahme in eine Taubstummenanstalt.

* * *

Zum Schlusse möchte ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichten meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Literatur.

1. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Ostmann: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1909.
3. Pfaundler-Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde.
4. Ebeling: Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Taubstummen. (In.-D. Kiel 1910).
5. Hammerschlag: Über die hereditäre Taubheit und die Gesetze ihrer Vererbung. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 42, 1910).
6. Napier Pearn: A Case of Hereditary Deaf. mutism with Pedigree. (The Journal of Mental Science).
7. Skrowaczowski: Zur Kenntnis des Hörvermögens der Descendens congenital tauber Eltern. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde Nr. 9).
8. Lindner: Moralpsychologische Auswertung freier Kinderzeichnungen von taubstummen Schülern. (Zeitschrift für pädagogische Psychologie Nr. 3, p. 160).
9. Hegar: Der Taubstumme als Zeuge vor dem Strafrichter. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 70).

Lebenslauf.

Am 17. Juni 1886 bin ich als Sohn des ordentlichen Lehrers an der Königl. Hochschule für Musik zu Berlin, Professor Johannes Schulze, in Berlin geboren. Ev. Konfession. Ich besuchte die Gymnasien zu Berlin-Lichterfelde und Wetzlar. Hier bestand ich Ostern 1907 die Reifeprüfung. Ich studierte in Freiburg (1907—1910), Kiel (1910), Berlin (1910/11) und Rostock (1911/12). In Freiburg erledigte ich die Vorprüfung und am 12. XII. 12 bestand ich in Rostock das Staatsexamen. Sommer 1910 diente ich in Kiel beim Seebataillon. Meine Medizinalpraktikantenzeit erledigte ich zur Hälfte am pathologischen Institut der Universität Rostock (Prof. Schwalbe), zur anderen Hälfte an der inneren Abteilung des Stubenrauch-Kreiskrankenhauses zu Berlin-Lichterfelde (Prof. Rautenberg). Frühjahr 1914 erhielt ich meine Approbation als Arzt. Bis zum Weltkrieg war ich 3. Assistent am Pathologischen Institut Rostock. Im Kriege fuhr ich als Schiffsarzt einer Torpedobootshalbflotille fast 2 Jahre zur See und machte als solcher die Skagerakschlacht mit. Die übrige Zeit im Kriege war ich in Kiel im Dienste der Kaiserl. Marine pathologisch-anatomisch tätig.